

Voorwoord

In ons dagelijks leven kennen we verschillende vormen van denkfouten: we betrappen onszelf (of wellicht nog vaker anderen) op zwart-witdenken, op sombere gedachten, of op over- of juist onderschatting. Daar waar denkfouten leiden tot negatieve gevoelens en disfunctioneren kan cognitieve gedragstherapie een effectief middel zijn om tot cognitieve herstructurering te komen.

Cognitieve gedragstherapie is tegenwoordig niet meer weg te denken uit de hulpverlening. Cognitieve gedragstherapie staat voor een diversiteit aan hulpvormen waarbij naast gedrag vooral ook disfunctionele denkpatronen ('denkfouten') en negatieve gevoelens worden beïnvloed om beter functioneren mogelijk te maken. Dit boek levert een goede beschrijving van de onderliggende principes van cognitieve gedragstherapie alsmede een praktische beschrijving van de uitwerking.

Onderzoek naar de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie laat zien dat deze vorm van hulpverlening voor jongeren en volwassenen met uiteenlopende problematiek redelijk tot grote effecten heeft (Nji, 2008). Het gaat om een bewezen effectieve aanpak. Juist in scholen kan kennis van deze benadering een waardevolle bijdrage zijn voor schoolpsychologen en andere zorgbegeleiders in hun begeleiding van jongeren. Met passend onderwijs voor de deur worden scholen immers geconfronteerd met een diverse leerlingenpopulatie en met uiteenlopende zorgbehoeften.

Juist op het gebied van cognitieve gedragstherapie is Aaron Beck een van de grondleggers geweest die gewezen heeft op de invloed van onlogische en irrationele gedachten op gedrag en functioneren. De vertaling van het *Cognitive Therapy for Adolescents in School Settings* in het Nederlands biedt professionals een unieke kans te profiteren van hun rijke ervaring in het begeleiden van zorgleerlingen. Een boek dat iedereen met hart voor onderwijs en (zorg) leerlingen zal aanspreken door de heldere principes en herkenbare voorbeelden.

Cathy van Tuijl (Hogeschool Edith Stein) en Ina Cijvat (Expertis onderwijsadviseurs)

Inhoudsopgave

1	Cognitieve gedragstherapie: een overzicht	11
	Korte schetsen	12
	<i>Munir</i>	13
	<i>Rosita</i>	14
	<i>David</i>	15
	<i>Michelle</i>	16
	<i>De schetsen, kort samengevat</i>	17
	Introductie in de cognitieve theorie en het cognitieve model	17
	Hoe introduceer je bij leerlingen het cognitieve model?	21
	<i>Het verhaal van de achtbaan</i>	21
	Belangrijke begrippen	25
	<i>Automatische gedachten en beelden</i>	25
	<i>Cognitieve vergissingen</i>	27
	<i>Tussenliggende overtuigingen</i>	29
	<i>Compenserende strategieën</i>	31
	Verschillende niveaus van verandering bij cognitieve gedragstherapie in een schoolomgeving	32
	Introductie van de structuur van cognitieve gedragstherapie	38
	Ondersteunend bewijs	38
	Samenvatting	40
	Activiteit voor de lezer: het cognitieve model	40
2	Cognitieve gedragstherapie - cognitieve conceptualisatie	43
	Waarom doen leerlingen wat ze doen, psychologisch gesproken?	43
	Cognitieve conceptualisatie	45
	Kernovertuigingen	46
	Tussenliggende overtuigingen	47
	Compensatiestrategieën	48

Het vereenvoudigen van de cognitieve conceptualisatie	51
Het gebruik van je cognitieve conceptualisatie	53
Automatische gedachten	58
Cognitieve conceptualisatie en behandelankers	61
Ondersteunend bewijs	65
Samenvatting en verdere gedachten	65
Lezersactiviteit: cognitieve conceptualisatie	66
3 Cognitieve technieken	69
Een beslismoment: probleemoplossing of interventie?	69
Gezamenlijke probleemoplossing	70
Help leerlingen het cognitieve model te begrijpen	72
Gedachtewolkjes	73
De cognitieve driehoek	76
Het verschil begrijpen tussen gedachten en emoties	78
De gedachtenotitie	79
Geleide ontdekking	81
Drie stappen	83
<i>Stap 1: herkennen</i>	84
<i>Stap 2: onderzoeken</i>	85
<i>Stap 3: veranderen</i>	91
Copingkaarten	92
Routebeschrijving naar succes	96
Gebrek aan vooruitgang	96
Omgekeerd rollenspel	98
Weerstand tegen cognitieve gedragstherapie	99
Onderliggende overtuigingen herkennen en veranderen	99
De naar beneden gerichte pijn	101
Onderliggende overtuigingen uitdagen en veranderen	103
Ondersteunend bewijs	109
Samenvatting	110
4 Gedragstechnieken	111
Gedragsexperimenten	113
Gedragsactivering	115
Cognitieve gedragstherapie bij zelfmoordgedachten	117
<i>Hoopdoos</i>	118
<i>Vervangend gedrag</i>	119
Blootstelling	121

Ontspanningstechnieken	125
<i>Progressieve ontspanning</i>	126
<i>Ademhalingsoefeningen</i>	127
<i>Meditatie</i>	128
<i>Visualiseren</i>	128
Ondersteunend bewijs	130
Samenvatting	130
Lezersactiviteit: gedragsinterventie	131
5 Hoe geef je cognitieve gedragstherapie een plek op school?	135
Welke uitdagingen en beloningen biedt de schoolomgeving?	135
Een doel bepalen	136
<i>Lijst met problemen</i>	138
<i>Het cognitieve model</i>	139
<i>Lijst van doelen</i>	140
Sessiestructuur	142
<i>Korte vragenlijst</i>	144
<i>Start sessie en doornemen van de korte vragenlijst</i>	144
<i>Agenda</i>	145
<i>Leerlingen in de problemen</i>	148
<i>Huiswerk oefeningen</i>	149
<i>Terugkoppeling en samenvatting</i>	150
Betrekken van het gezin bij cognitieve gedragstherapie op school	152
De richting voor de toekomst: verspreiding	153
Ondersteunend bewijs	154
Samenvatting	154
Literatuur	161
Bijlagen	163
Bijlage 1.1: Het cognitieve model	165
Bijlage 1.2: Gedachtevalkuilen	166
Bijlage 2.1: Case conceptualisatie	167
Bijlage 2.2: Korte vragenlijst	168
Bijlage 3.1: Gedachtewolkjesactiviteit met twee plaatjes	169
Bijlage 3.2: Gedachtewolkjesactiviteit met drie plaatjes	170
Bijlage 3.3: Eenvoudige gedachtenotitie	171
Bijlage 3.4: Gedachtenotitietabel	172
Bijlage 3.5: Drie stappen gedachtenotitie	173

Bijlage 3.6: Gedachten evalueren	174
Bijlage 3.7: Blanco routebeschrijving	175
Bijlage 4.1: Lijst van leuke dingen	176
Bijlage 4.2: Redenen om te leven	177
Bijlage 4.3: Lijst van voors en tegens	178
Bijlage 4.4: Angsthiërarchie	179
Bijlage 4.5: Schaalverdeling om SUDS te beschrijven	180
Bijlage 4.6: Progressieve ontspanning	181
Bijlage 4.7: Ademhalingsoefening	183

1

Cognitieve gedragstherapie: een overzicht

Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt al meer dan vijftig jaar bestudeerd en verfijnd, waardoor een therapiemodel is ontstaan dat toepasbaar is voor een breed scala aan stoornissen en stressoren onder scholieren. Naast wetenschappelijk bewijs dat CGT effectief is, is de gedragstherapie in een vorm gegoten die zowel klinisch personeel als scholieren zelf doorgaans heel bruikbaar vinden. Dat heeft geleid tot de behoefte om professionals in de ggz, in het belang van de scholieren kennis te laten maken met CGT. Het is voor de onderzoekswereld een relatief nieuw aandachtspunt om schoolpersoneel en ggz-professionals een CGT-training aan te bieden (of een training in een andere behandeling die door empirisch onderzoek wordt ondersteund). Tot op heden zijn de meeste onderzoeksgegevens over de effectiviteit van de behandeling afkomstig uit laboratoriumonderzoek, onder duidelijk vastgelegde omstandigheden. Critici merken op dat, hoewel dit onderzoek aantoont dat CGT en andere behandelingen onder ideale omstandigheden (met zorgvuldig uitgezochte cliënten en in kleine aantallen) effectief is, er niet voldoende bewijs is dat de behandeling ook in de ‘echte wereld’ aanslaat. Daarom zochten onderzoekers naar manieren om deze behandelingen onder de aandacht te brengen van klinische professionals die werkzaam zijn in de ggz, op scholen, in ziekenhuizen en in andere omgevingen, elk met hun eigen populatie, om te zien of de behandeling geschikt is voor gebruik in deze verschillende omgevingen.

We hebben dit boek geschreven omdat we de kloof tussen onderzoek en de toepassing in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg willen overbruggen: het boek is gebaseerd op onderzoek, bijgewerkt op basis van klinische ervaring en ontworpen om een bruikbaar raamwerk voor CGT in een schoolomgeving neer te zetten. Door het toevoegen van terugkoppeling van ggz-professionals op scholen proberen we duidelijk te maken wat er zo bijzonder is aan het werken met jongeren in een schoolomgeving. We hebben de tekst met opzet op het klinisch gebruik van CGT gericht en niet op het onderzoek ernaar. Voor lezers die geïnteresseerd zijn in het onderzoek dat dit model ondersteunt, is aan het eind van ieder hoofdstuk en achter in het boek een lijst aanbevolen literatuur opgenomen.

Door het schrijven van dit boek hopen we een breed publiek te bereiken, dat werkt met adolescenten in een schoolomgeving. De CGT-vaardigheden die hierbij nodig zijn, kunnen door een grote groep mensen gebruikt worden, zoals schoolpsychologen, maatschappelijk

werkers, klinisch psychologen, ondersteunend ggz-personeel, leraren en leerlingbegeleiders. We hebben de algemene term *begeleider* gekozen om niet steeds alle afzonderlijke professionals te hoeven benoemen die zich inzetten om adolescenten op school te begeleiden bij belangrijke veranderingen in hun leven.

We proberen bekendheid te geven aan cognitieve gedragstherapie die is toegespitst op begeleiding in een schoolomgeving:

- door een schets te geven van vier adolescenten die te maken hebben met het soort zaken dat op scholen voorkomt. Deze schetsen worden gebruikt in voorbeelden van de toepassing van cognitieve gedragstherapie in een schoolomgeving;
- door het algemene cognitieve model uit te leggen en vervolgens de termen en concepten die in cognitieve gedragstherapie gebruikt worden te bespreken;
- door te onderzoeken hoe een cognitieve conceptualisatie gemaakt wordt en hoe die conceptualisatie gebruikt kan worden om een bepaalde interventie voor je leerlingen te kiezen;
- door bepaalde CGT-technieken te beschrijven (zowel cognitieve technieken als gedrags-technieken) die kunnen worden gebruikt voor zaken die regelmatig in een schoolomgeving voorkomen;
- door de structuur van CGT te bespreken, waarbij speciaal aandacht wordt besteed aan de manier waarop de CGT-structuur voldoet aan de eisen die een schoolomgeving stelt;
- door de vraag te onderzoeken of en hoe ouders betrokken kunnen worden bij een therapie die gebaseerd is op de schoolomgeving;
- door in te gaan op de uitdaging van het werken in een schoolomgeving en de beloning die daartegenover staat.

We hebben het nog niet gehad over andere noodzakelijke vaardigheden, zoals het kunnen opbouwen van een sterke relatie met leerlingen, uitdrukking kunnen geven aan empathie en het opbouwen van vertrouwen. Deze vaardigheden zijn in CGT heel belangrijk, net zoals in de meeste andere vormen van therapie. Als deze belangrijke bouwstenen in een therapie ontbreken, is het niet waarschijnlijk dat leerlingen belangrijke veranderingen aandurven, al kiest en gebruikt de begeleider de interventies nog zo goed. Maar deze vaardigheden zijn niet uniek voor CGT. Als je een ervaren begeleider bent, heb je deze vaardigheden al ontwikkeld en als je voor begeleider studeert maken deze vaardigheden deel uit van je opleiding. Daarom richt dit handboek zich uitsluitend op het conceptuele begrip en de technieken die bij het cognitieve model horen en op de cognitieve interventies die je bij scholieren kunt gebruiken.

KORTE SCHETSEN

De verhalen van de vier hieronder genoemde adolescenten zijn gebaseerd op waar gebeurde verhalen van middelbare scholieren met wie we gewerkt hebben. Het zijn niet hun persoonlijke verhalen; we hebben verhalen gemaakt die een aantal zaken illustreren die we vaak bij

adolescenten zien en die een aantal algemene, gecompliceerde zaken behandelen die we op scholen tegenkomen. Probeer je bij het lezen van de vier verhalen, die in het boek steeds terugkomen, voor te stellen hoe jij met deze leerlingen aan de slag zou gaan.

Munir

De coach van het sportteam, meneer Dilman, komt naar je toe om over Munir te praten. Munir is een zeventienjarige leerling van Marokkaanse afkomst, die grote problemen heeft. Hij loopt het risico dat hij uit het sportteam gezet wordt en dat hij niet overgaat. Je hebt van andere leerlingen gehoord dat Munir sinds kort in het weekend drugs gebruikt en alcohol drinkt. Meneer Dilman kent Munir heel goed, want hij heeft hem de afgelopen drie jaar begeleid.

De coach beschrijft Munir als ‘een goeie knul met foute vrienden’. Hij vertelt dat Munir vroeger een goed rolmodel voor andere scholieren was en dat hij tijdens de training een positieve invloed had op de andere sporters. Hij zegt dat ‘Munir soms te agressief is, maar dat hij dat eerder altijd onder controle kon houden.’ Maar toen Munir zes weken geleden met een andere sporter vocht, heeft hij hem uit de sporttraining gezet. Munir heeft nog steeds geen contact met hem opgenomen en is ook niet meer op de training verschenen. Toen hij navraag deed bij Munirs leraren, hoorde hij dat Munir sinds die dag ook gespijgeld heeft en dat zijn cijfers in rap tempo achteruit zijn gegaan. Vanwege zijn slechte gemiddelde mag Munir nu niet meer deelnemen aan sportlessen en moet hij in plaats daarvan naar bijspijkeruren. De coach zegt dat hij teleurgesteld is in Munir; hij herinnert zich dat Munir het er altijd over had dat sport hem de mogelijkheid bood om de buurt waarin hij opgroeide, achter zich te laten.

De week erna hoor je van andere scholieren dat Munir omgaat met criminele jongeren, die zijn huizenblok als hun territorium beschouwen. Je benadert de coach met dit nieuws en hij antwoordt dat dat hem niet verbaast. Munirs vader heeft het gezin verlaten toen Munir nog een kind was en zijn moeder heeft geen overwicht op hem. De coach denkt dat niemand in Munirs omgeving hem de weg kan wijzen en hem uit de buurt van problemen kan houden. De coach zegt tegen je: ‘Dit joch denkt dat hij maar twee keuzes heeft wat de buurt betreft: sporten of bendes.’

Als je met een scholier zoals Munir te maken krijgt, waar begin je dan? Wil je meer informatie hebben voordat je hem ontmoet? Wat zou je in je eerste sessie willen doen? Waar wil je de therapie op richten? Hoe werk je daar naartoe? Maak een paar aantekeningen, om naar terug te bladeren als we het weer over Munir hebben.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rosita

De schoolverpleegkundige belt je kantoor om Rosita door te verwijzen, een veertienjarig Antilliaans meisje uit de tweede klas. Rosita is de afgelopen week elke ochtend bij de mentrix langsgeweest omdat ze zich misselijk voelde. Toen stelde de mentrix een zwangerschapstest voor, die tot Rosita's verbijstering positief uitviel. Nu is ze helemaal overstuurd; reden voor de mentrix om haar naar jou door te verwijzen.

Als Rosita bij je op kantoor komt is ze gespannen; ze moet huilen. Je geeft haar de tijd om tot rust te komen en te stoppen met huilen en ondertussen zoek je wat achtergrondinformatie. Daarin lees je dat Rosita heel goed presteert op school. Toch beschrijft ze zichzelf als een gemiddelde leerling. Ze zegt dat ze betere cijfers kan halen, maar dat het voor haar heel moeilijk is om te studeren of huiswerk te maken. Rosita is de oudste van vier kinderen. Als haar moeder een late dienst of een nachtdienst draait, verwacht ze dat Rosita voor haar broertjes en zusjes zorgt. Ze moet ervoor zorgen dat er avondeten op tafel komt en dat er daarna wordt opgeruimd. Ook moet ze erop letten dat iedereen huiswerk maakt, in bad gaat en op tijd in bed ligt. Als ze dat allemaal gedaan heeft, is Rosita vaak te moe om huiswerk te maken of te studeren en als ze eindelijk in bed ligt piekert ze vaak nog een uur of twee over haar cijfers, haar familie en de onveilige buurt waarin ze woont. Als ze in de klas een presentatie moet geven, slaapt ze de nacht ervoor nauwelijks: ze is bang om in het middelpunt van de belangstelling te staan.

Rosita is nog maar pas seksueel actief. Ze heeft een vriendje en voor haar is hij het enige dat ze op dit moment voor zichzelf heeft. Maar nu is ze zwanger van hem. Ze laat je merken dat ze bang is voor haar moeders reactie. Ze is bang dat ze de middelbare school niet kan afmaken en dat ze kan fluiten naar een vervolgstudie. En wil haar vriendje nog wel met haar omgaan als hij hoort dat ze zwanger is?

Wat krijgt van jou voorrang als Rosita bij je aanklopt? Is er iets wat je belangrijk vindt voor haar welzijn op de lange termijn, maar wat niet onmiddellijke actie vereist? Kan haar welzijn op lange termijn worden ingepast in een behandeling op school?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Michelle

Halverwege de middag komt een zestienjarig meisje het kantoor binnen, terwijl ze de tranen van haar wangen veegt. Ze vraagt of ze een poosje in het kantoor kan zitten omdat ze in de klas al twintig minuten heeft zitten huilen en er niet mee op kan houden. Als je haar vraagt hoe ze heet, stelt ze zichzelf voor als Michelle, maar ze maakt geen oogcontact met je. Je zegt dat je het goed vindt dat ze een paar minuten op je wacht terwijl je het gesprek met een andere leerling afrondt. Wanneer je na een kwartier terugkomt, zit Michelle nog steeds op een stoel in een hoekje te huilen. Je bent bezorgd en je vraagt haar of ze in je kamer wil komen praten.

Michelle heeft tijd nodig voordat ze je durft te vertrouwen en over zichzelf wil praten, maar na een aantal bezoeken laat ze eindelijk los dat ze zwaar depressief is. Ze huilt snel en vaak, heeft moeite met eten en slapen en voelt zich volkomen uitgeput. Als ze zich echt down en gefrustreerd voelt, snijdt ze zich soms met een scheermes in haar bovenbenen. Nooit diep genoeg om haar leven in gevaar te brengen, maar ze bloedt en ze krijgt steeds meer littekens.

Er zijn momenten die zo verdrietig en donker zijn dat Michelle overweegt zelfmoord te plegen, als enige uitweg om aan de moeilijkheden in haar leven te ontsnappen. Michelle vertelt je dat er twee dingen zijn waardoor ze vooral zo verdrietig wordt. Ten eerste werd ze van haar achtste tot haar elfde misbruikt door de vriend van haar moeder. Toen Michelle dat aan een vriendin vertelde, nam die een volwassene in vertrouwen, die vervolgens het misbruik aan Michelle's moeder en de politie rapporteerde. Michelle's moeder beschuldigde Michelle ervan dat ze haar vriend wilde inpikken en geeft haar nog steeds de schuld dat er een eind aan de relatie kwam. Michelle denkt vaak aan de moeilijke relatie met haar moeder en ze is in verwarring over het seksueel misbruik; het maakt haar zo verdrietig dat ze overweegt een eind aan haar leven te maken.

Michelle wordt ook heel verdrietig van het beeld dat ze van zichzelf heeft: ze vindt zichzelf een dikzak. Hoewel ze een gemiddeld gewicht heeft voor haar lengte, heeft ze perioden waarin ze probeert af te vallen door niet te eten. Maar dan krijgt ze vervolgens zo'n honger dat ze zich volpropt, waardoor ze het weer moeilijk krijgt met zichzelf. Ze denkt dat ze altijd te dik zal blijven omdat ze geen wilskracht heeft en dat geen enkele jongen zich ooit voor haar zal interesseren. Dit maakt haar zo overstuurd dat ze zich vaak in haar bovenbenen snijdt. Daarnaast zoekt Michelle seksuele toenadering tot jongens, om zichzelf gerust te stellen dat ze wel aantrekkelijk is. Dat loopt er vaak op uit dat ze seks met een jongen heeft om zichzelf ervan te verzekeren dat hij in haar geïnteresseerd is. Maar als na de seks de interesse snel afneemt, raakt ze overstuurd en besluit ze zichzelf uit te hongeren om aantrekkelijker te worden. Door deze vicieuze cirkel van uithongeren en overeten, gecombineerd met terloopse seks en afwijzing, voelt ze zich vaak erg verdrietig en alleen.

Michelle zit vaak in de klas met jongens met wie ze seks heeft gehad. Daardoor begint ze in de klas te piekeren. Dan wordt ze verdrietig en begint ze te huilen. Ze vindt het moeilijk om daarmee op te houden en daarom heeft ze gevraagd of ze naar jouw kantoor mag komen als dit gebeurt.

Hoe reageer je op Michelle's verzoek om in je kantoor te mogen zitten als ze in de klas begint te huilen? Hoe help je Michelle deze vicieuze cirkel te doorbreken? Waar begin je mee? Tot op welke hoogte ben je, als haar begeleider, wettelijk verplicht om de autoriteiten van haar problemen op de hoogte te stellen?